

su VOZ, sus derechos  
miembro de un HMO

SU DEFENSORA DE PACIENTES QUIERE QUE USTED APRENDA A

# Proteger su cobertura de atención de la salud de grupo

Estado de California



LA DEFENSORA  
DE PACIENTES

su VOZ, sus derechos  
miembro de un HMO

SU VOZ, SUS DERECHOS COMO MIEMBRO DE UN HMO

## **UN MENSAJE** de la Defensora de Pacientes

Este folleto compacto le brinda información valiosa sobre las medidas que tiene que tomar, y sobre sus opciones, para obtener cobertura de atención de la salud. Tome unos minutos para leerlo y entender su contenido. Si tiene alguna pregunta sobre cualquier cosa descrita en el folleto, póngase en contacto con cualquiera de los recursos que figuran al final del folleto o visite el sitio web del Departamento de Atención Administrada de la Salud, en [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov). Además, puede llamar sin cargo al Centro de Ayuda HMO de California, al 1-888-HMO-2219 o TDD al 1-877-688-9891.

### **Sobre la DEFENSORA DE PACIENTES**

La Defensora de Pacientes, una voz dedicada para todos los californianos inscritos en una Organización de Mantenimiento de la Salud (HMO), fue establecida por el Gobernador Gray Davis para encabezar una oficina independiente y autónoma bajo la Agencia de Comercio, Transporte y Vivienda. La Defensora de Pacientes informa a los consumidores de atención administrada de la salud sobre sus derechos como miembros de un HMO bajo la ley de California y ayuda a asegurar que los consumidores reciban servicios de la más alta calidad en el Centro de Ayuda HMO de California, que es parte del Departamento de Atención Administrada de la Salud.

## **ASEGURE** su cobertura de atención de la salud

Es importante que tome acción inmediata para asegurar su cobertura de atención de la salud de grupo cuando algo cambie en su trabajo. Si cambia de trabajo, pierde su trabajo o le reducen el número de horas de trabajo, puede estar en riesgo de perder su cobertura de atención de la salud de grupo. Este riesgo es todavía mayor para personas con problemas de salud, porque muchas compañías de seguros de salud y planes de salud no aceptan nuevos miembros con problemas de salud existentes. Estos problemas se conocen como “problemas preexistentes” y a veces se usan para denegar cobertura.

Mediante ciertos programas especiales, las leyes federal y de California ahora ofrecen una valiosa protección a personas en estas situaciones. Cada una de estas leyes requiere que usted tome medidas para recibir los beneficios. Además, estos programas se siguen entre sí en cierto orden. Si usted califica para un programa, pero no se inscribe, pierde los beneficios del programa así como la oportunidad de inscribirse en el programa subsiguiente. Por lo tanto, lea el contenido de este folleto detenidamente y llame a los contactos indicados abajo si tiene más preguntas.

El orden en que debe considerar los programas es el siguiente:

- ① COBRA federal o Cal-COBRA
- ② Senior COBRA (para ancianos)
- ③ HIPAA
- ④ Cobertura de conversión

## CAL-COBRA

El primer paso para averiguar si puede conservar su cobertura de grupo cuando está en riesgo de perderla es determinar si es elegible para COBRA federal o Cal-COBRA. COBRA federal es aplicable a los empleadores que tienen 20 o más empleados. Está regida por ley federal. (Para más información sobre COBRA federal use los contactos indicados bajo “Información Adicional”). Cal-COBRA está disponible bajo la ley de California y es aplicable a pequeños empleadores, con 2 a 19 empleados.

El Departamento de Atención Administrada de la Salud está a cargo de comprobar que las organizaciones de mantenimiento de la salud (HMO o planes de salud) en California brinden la cobertura Cal-COBRA que requiere la ley.

La idea detrás de Cal-COBRA es brindar las mismas ventajas generales a pequeños grupos en California que COBRA federal brinda a grupos de mayor tamaño. Las ventajas principales son: (1) el derecho a conservar su cobertura de grupo bajo ciertas condiciones en los casos en que, de lo contrario, finalizaría y (2) el derecho a conservar casi las mismas primas que el grupo del empleador. La diferencia importante en las primas es que su empleador dejará de aportar al pago de las primas de su seguro de salud o, dicho de otro modo, usted tendrá que pagar toda la prima.

## **QUIÉN se puede INSCRIBIR en CAL-COBRA**

Para poder inscribirse en Cal-COBRA, tiene que ocurrir una de las siguientes situaciones, conocidas como “eventos calificadoros”:

- Pérdida de cobertura porque finaliza el empleo del empleado

cubierto (a menos que el empleo finalice a causa de mala conducta grave del empleado) o pérdida de cobertura a causa de la reducción en el número de horas de trabajo del empleado

- Pérdida de cobertura por haberse divorciado del empleado cubierto
- Pérdida de cobertura por haber dejado de ser un dependiente del empleado bajo el plan de grupo
- Pérdida de cobertura porque el empleado cubierto pasó a ser elegible para Medicare
- Pérdida de cobertura a causa de la muerte del empleado cubierto

## Quién **NO SE PUEDE INSCRIBIR** en **CAL-COBRA**

No es elegible para Cal-COBRA si:

- Es elegible para Medicare
- Está cubierto por otro plan de salud de grupo, a menos que:
  - el otro plan de salud de grupo tenga una exclusión o limitación de problemas preexistentes que le sea aplicable; o,
  - el otro plan de salud de grupo sea un plan de conversión de grupo (básicamente la oferta de un plan individual) que usted decide no aceptar
- Lo despiden de su trabajo a causa de mala conducta grave
- No elige Cal-COBRA por escrito cuando está disponible
- Finalizó el período en que podría haber optado por esa cobertura

## **BENEFICIOS** bajo **CAL-COBRA**

Todos los que estén cubiertos bajo Cal-COBRA tienen los mismos beneficios que los empleados activos cubiertos. Si los empleados

activos tienen un período de inscripción abierta en el que pueden cambiar de un plan a otro, los inscritos en Cal-COBRA pueden hacer lo mismo. Si el empleador cambia a los empleados de un plan a otro, se debe permitir que el inscrito en Cal-COBRA transfiera al nuevo grupo junto con los empleados activos cubiertos. No se permiten restricciones basadas en problemas preexistentes. Si el plan de grupo ofrece alguna cobertura especial, tal como cobertura dental o de la vista, la misma también se debe proveer al inscrito en Cal-COBRA.

## **CÓMO ELEGIR tener CAL-COBRA**

Si finaliza su empleo o le reducen las horas de trabajo, el empleador debe notificar a usted y a su plan de salud que ocurrió un evento calificadorio. Si usted tiene algún otro evento calificadorio, debe notificar a su empleador y al plan de salud. Dentro de los 60 días del evento calificadorio debe notificar al plan de salud por escrito que desea inscribirse en Cal-COBRA. Los 60 días no comienzan sino hasta que usted reciba aviso de que Cal-COBRA se halla disponible.

A continuación, dentro de los 15 días, el plan de salud le tiene que enviar un aviso de prima e información sobre cómo completar la inscripción. (Puede haber una parte del contrato de grupo que requiera que el empleador le envíe este aviso, en vez del plan de salud). El acuerdo del plan de salud o el folleto con el contrato que explica sus beneficios del plan de salud, a menudo llamado Prueba de Cobertura o Descripción Resumida del Plan, también contiene información sobre Cal-COBRA.

Las primas se tienen que pagar puntualmente. Si se inscribe y paga a tiempo no habrá interrupción en su cobertura.

## El período de **TIEMPO** para continuar la cobertura bajo **CAL-COBRA**

Si un ex empleado recibe cobertura Cal-COBRA porque finalizó su empleo o porque le redujeron las horas de trabajo, la cobertura Cal-COBRA del ex empleado, de su cónyuge y sus dependientes puede continuar hasta 18 meses.

Si el cónyuge o dependiente del ex empleado recibe cobertura Cal-COBRA por alguno de los siguientes motivos, su cobertura puede continuar por hasta 36 meses:

- muerte del ex empleado
- divorcio del ex empleado
- el ex empleado pasa a ser elegible para Medicare
- el dependiente deja de ser considerado como tal bajo el plan de grupo

Es posible que ciertas personas que son elegibles para recibir Seguro Social por Discapacidad puedan recibir cobertura por hasta 29 meses.

## Responsabilidades de los pequeños **EMPLEADORES** bajo **CAL-COBRA**

Los pequeños empleadores tienen la obligación de hacer todo lo siguiente bajo Cal-COBRA:

- Notificar al plan de salud por escrito, dentro de los 30 días del despido o la reducción del número de horas, que la persona es elegible para Cal-COBRA
- Remitir a la persona elegible al plan de salud para que empiece la cobertura Cal-COBRA o manejar la inscripción de la persona
- En el caso en que el empleador cambie de un plan de salud a otro plan de grupo, debe notificar oportunamente a todas las personas que estén inscritas en Cal-COBRA que tienen derecho a continuar la cobertura con el nuevo plan de grupo. El empleador también debe suministrar al nuevo plan de grupo los nombres de todas las persona inscritas en Cal-COBRA, para que el nuevo plan les pueda ofrecer la cobertura, como está obligado a hacerlo.

## Cuándo **FINALIZA CAL-COBRA**

Cal-COBRA finaliza tan pronto ocurra alguno de los siguientes:

- Finaliza el período de tiempo fijado por la ley (por lo general 18 ó 36 meses)
- No se pagan las primas a tiempo
- La persona cubierta se muda fuera del área de servicio del plan de salud
- El empleador deja de ofrecer cobertura de salud a sus empleados
- La persona cubierta pasa a ser elegible para Medicare
- La persona cubierta se inscribe en otra póliza de grupo

Si el final de Cal-COBRA ocurre porque se agotó el plazo legal, el plan de salud debe notificar al inscrito cuándo finalizará la cobertura. Tiene que ofrecer los beneficios de continuación adicionales, si corresponde, que puedan estar disponibles bajo Senior COBRA. Si Senior COBRA no está disponible, el plan debe determinar si el inscrito es elegible para la cobertura individual bajo HIPAA. Finalmente, si el inscrito no es elegible para participar en ninguno de estos programas, puede haber derechos de conversión disponibles bajo el plan.

## SENIOR COBRA

Si tiene COBRA federal o Cal-COBRA y su período de cobertura está a punto de finalizar, debe comprobar si es elegible para obtener una extensión de sus beneficios COBRA bajo lo que se conoce comúnmente como “Senior COBRA”. Senior COBRA se provee bajo ley estatal.

### Quién se **PUEDE** inscribir en **SENIOR COBRA**

Un ex empleado de al menos 60 años de edad en el momento en que finalizó su empleo y que trabajó un mínimo de cinco años para el empleador puede ser elegible para Senior COBRA. El cónyuge del ex empleado y cualquier ex cónyuge también pueden continuar la cobertura.

### Quién **NO** se puede inscribir en **SENIOR COBRA**

No se puede inscribir en Senior COBRA si:

- Es un ex empleado cuyo empleo finalizó a causa de mala conducta grave
- Es elegible para Medicare
- Tiene 65 años de edad, o más
- Está cubierto por otro plan de salud de grupo
- No eligió COBRA cuando estuvo disponible para usted
- No eligió COBRA por escrito cuando estaba disponible
- Finalizó el período en que podría haber elegido la cobertura

## **BENEFICIOS** bajo **SENIOR COBRA**

Todos los que estén cubiertos bajo Senior COBRA continúan con los mismos beneficios básicos de atención de la salud que estaban disponibles bajo COBRA federal o Cal-COBRA. No se permiten restricciones basadas en problemas preexistentes. Los planes de atención de la salud especializados, tales como planes dentales o de la vista, no están obligados a ofrecer Senior COBRA.

## **CÓMO ELEGIR SENIOR COBRA**

Cuando se acerca el final de su cobertura COBRA o Cal-COBRA, su empleador o el plan de salud le tiene que notificar que Senior COBRA está a su disposición. Usted debe notificar al plan de salud, **por escrito**, dentro de los 30 días de la finalización de su cobertura, que desea continuar su cobertura bajo Senior COBRA.

## **EL PERÍODO DE TIEMPO** para continuar su cobertura bajo **SENIOR COBRA**

Los beneficios pueden durar hasta cinco años o hasta que ocurra alguno de los siguientes eventos:

- El individuo cumple 65 años
- El individuo pasa a ser elegible para Medicare
- El individuo no paga las primas
- El empleador deja de ofrecer cobertura de salud a los empleados activos

# HIPAA

Si usted no es elegible para COBRA ni para Senior COBRA, o si finaliza el período de COBRA o de Senior COBRA y todavía no es elegible para Medicare, el Plan de Salud tiene que determinar si es elegible o no para HIPAA. HIPAA es la sigla de Health Insurance Portability and Accountability Act, una ley federal. HIPAA también lo puede beneficiar si cambia de empleo e inicia un nuevo seguro con su nuevo empleador o si deja su plan de salud de grupo y empieza a trabajar por su cuenta.

Diferentes reglas son aplicables, dependiendo de si la persona es elegible bajo las Disposiciones del Mercado de Grupo o de las Disposiciones del Mercado Individual. En California hay más protecciones que las que requiere HIPAA. Por ejemplo, California limita el monto de las primas que se puede cobrar.

La idea fundamental de HIPAA es que el seguro de salud debe ser “portable”, es decir que la gente debe poder trasladar de un trabajo a otro su elegibilidad para obtener cobertura de seguro de salud. Otro principio de HIPAA es que no se debe discriminar contra las personas por su estado de salud. Por lo tanto, las compañías de seguros y los planes de salud no pueden denegar cobertura a los nuevos empleados que tengan un problema preexistente si, aparte de ello, son elegibles para el seguro de salud.

Las compañías de seguros y los planes de salud a menudo requieren períodos de espera para la cobertura y pueden excluir ciertos tipos de beneficios. Bajo HIPAA, los períodos de espera de algunas personas se pueden reducir o eliminar.

Ser elegible para la cobertura HIPAA no garantiza que las personas tendrán el mismo conjunto de beneficios o las mismas primas que tenían en su trabajo anterior. Las primas de grupo como las individuales pueden ser diferentes. Debe comparar los beneficios y las primas bajo la cobertura HIPAA con los que obtendría en una póliza de conversión, si es elegible para ella.

Si espera cambiar de trabajo debe verificar los beneficios que le brinda su empleador actual para ver qué tipo de cobertura tiene. También debe solicitar a su nuevo empleador que le dé una explicación de cómo HIPAA sería aplicable en su caso. Su plan de salud también debe ayudarle a averiguar si es elegible para HIPAA.

Para más información sobre HIPAA visite [www.hcfa.gov](http://www.hcfa.gov) y haga clic en “HIPAA”, en la página inicial. También puede llamar al Departamento de Atención Administrada de la Salud, al 888-HMO-2219.

## COBERTURA DE CONVERSIÓN

En ciertas circunstancias, cuando finaliza su cobertura de grupo, su plan de salud le tiene que ofrecer cobertura individual sin límites a causa de problemas preexistentes. Consulte su Prueba de Cobertura para una descripción de los derechos que pueda tener. Las primas no están limitadas en el caso de la cobertura de conversión del plan de salud, por lo tanto es aconsejable que examine detenidamente los términos de esta cobertura si hay otros programas a su disposición.

## DÓNDE obtener más INFORMACIÓN

- **Si es miembro de un plan de servicios de atención de la salud (HMO)**, llame al Departamento de Atención Administrada de la Salud. El Departamento fue establecido en julio de 2000 bajo la Agencia de Comercio, Transporte y Vivienda para regular muchos planes de salud de California. Dentro del Departamento está el Centro de Ayuda HMO, que brinda apoyo y orientación individuales a los inscritos con problemas que no han podido resolver con su plan de salud. El número telefónico gratuito es (888) HMO-2219, TDD (877) 688-9891, o puede obtener más información en el sitio web del Departamento, en: [www.hmohelp.ca.gov](http://www.hmohelp.ca.gov).
- **Si tiene un seguro tradicional de indemnidad (que no es un HMO, honorarios por servicios)**, póngase en contacto con el Departamento de Seguros, llamando sin cargo al (800) 927-4357.
- **Si es miembro de un plan de salud de grupo autoasegurado** (el empleador paga las cuentas de atención de la salud de los empleados), póngase en contacto con el U.S. Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration, llamando al (626) 583-7862 (en el sur de California) o al (415) 975-4600 (en el norte de California).

- **Si pertenece a un grupo de un empleador** con 20 o más empleados y tiene preguntas sobre el COBRA federal, póngase en contacto con el U.S. Department of Labor, Pension and Welfare Benefits Administration, llamando al (626) 583-7862 (en el sur de California) o al (415) 975-4600 (en el norte de California).
- **Para más información sobre HIPAA**, póngase en contacto con el Departamento de Atención Administrada de la Salud, llamando al (888) HMO-2219 o visite [www.cms.hhs.gov](http://www.cms.hhs.gov) en Internet y haga clic en “HIPAA”, ahora situada en la parte de abajo de la página inicial.
- **Si no es elegible para HIPAA** ni para una póliza de conversión, el Programa de Seguro Médico de Riesgos Mayores de California (MRMIP) ofrece seguro de salud a individuos que fueron rechazados por un plan de salud para cobertura individual. Póngase en contacto con el Programa llamando al (800) 289-6574.
- **Si es mayor de 65 años de edad o está discapacitado** y tiene alguna pregunta sobre Medicare, póngase en contacto con el Programa de Asesoramiento y Defensa sobre los Seguros de Salud (HICAP), llamando al (800) 434-0222.

**Aviso:** Hemos intentado realizar descripciones fieles de las leyes según estaban vigentes en la fecha de publicación. Sin embargo, las descripciones son sólo resúmenes y no enunciados definitivos de dichas leyes. Preguntas sobre la aplicación de la ley a casos específicos deben ser dirigidas a un abogado. Quejas relativas a asuntos de cobertura deben ser dirigidas al número telefónico gratuito, (888) HMO-2219, del Departamento de Atención Administrada de la Salud.



**Gray Davis, Gobernador**  
Estado de California  
**Maria Contreras-Sweet, Secretaria**  
Agencia de Comercio, Transporte y Vivienda  
**Martin Gallegos, D.C.**  
Director/Defensor de pacientes  
Oficina de la Defensora de Pacientes

320 West 4th Street, Suite 880  
Los Angeles, CA 90013

980 9th Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814

